

Enfermedad de Dupuytren, cuidados en rehabilitación

Autor: Pérez Miras, Ana Rosa (Diplomada Universitaria en Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Oviedo, Fisioterapeuta, atención especializada Área V, SESPA).

Público: Fisioterapeutas, Enfermeras. **Materia:** Fisioterapia, Rehabilitación. **Idioma:** Español.

Título: Enfermedad de Dupuytren, cuidados en rehabilitación.

Resumen

Nombrada por primera vez por Félix Plater en el año 1614, quien le atribuyó una etiología traumática, no fue hasta 1831 cuando Guillaume Dupuytren la describió con más precisión como una fibromatosis de la aponeurosis palmar, llevando a cabo la primera cirugía. De carácter benigno, tiene una etiología algo desconocida, y afecta en mayor medida al sexo masculino, su localización principal se sitúa en los 4 y 5 dedos de la mano. Finalmente precisa de medidas quirúrgicas, pero su evolución impredecible nos permitirá realizar tratamientos de fisioterapia, que mejorarán la calidad de vida, tanto antes como después de la misma.

Palabras clave: Contractura de Dupuytren, Aponeurosis palmar, Tejido conectivo, Rehabilitación, Fisioterapia.

Title: Dupuytren's disease, rehabilitation care.

Abstract

First named by Felix Plater in 1614, who attributed a traumatic etiology, it was not until 1831 when Guillaume Dupuytren described it more accurately as a fibromatosis of the palmar aponeurosis, carrying out the first surgery. Of a benign nature, it has a somewhat unknown etiology, and affects the male sex to a greater extent. Its main location is located on the 4th and 5th fingers of the hand. Finally it requires surgical measures, but its unpredictable evolution will allow us to perform physiotherapy treatments that will improve the quality of life both before and after it.

Keywords: Dupuytren contracture, Palmar aponeurosis, Connective tissue, Rehabilitation, Physiotherapy.

Recibido 2018-07-31; Aceptado 2018-08-07; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098177

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Dupuytren es una patología de carácter benigno, que afecta al tejido conectivo, produciendo un desorden fibroproliferativo, que afecta a las aponeurosis palmar y digital, dando lugar a contracturas en flexión de estas localizaciones, principalmente afecta a los dedos anular y meñique, generando a este nivel en consecuencia, deformidades irreversibles de una forma paulatina, que llevan a flexión, a las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

Un dato característico de esta patología es la aparición en su inicio, de nódulos constituidos por fibroblastos y colágeno del tipo III (*fase proliferativa*), los cuales hacen presencia en las zonas anteriormente citadas (palma de la mano, dedos), para dar paso posteriormente a la aparición de bridas o cuerdas (*fase involutiva*, en la que los miofibroblastos han sustituido a los fibroblastos) las cuales, son las culpables de traccionar de los dedos llevándolos a la posición de flexión (*fase tardía o residual*)

Su incidencia es superior en hombres que en mujeres (proporción 7:1), debuta en torno a los 50, con una presentación de forma bilateral en un 70% de los casos, cuando se da en mujeres su evolución suele ser por lo general mucho más rápida, al contrario que su edad de aparición, la cual suele corresponder con una década de diferencia con respecto a los hombres.

CAUSAS/ FACTORES DE RIESGO

Su etiología es de carácter desconocido, pese a ello se han realizado múltiples estudios que relacionan la existencia de algunos factores de riesgo que se citan a continuación en relación con ella:

- Origen traumático.
- Trabajos específicos manuales, continuos y repetitivos con la mano afectada (expuestos a vibraciones continuas principalmente)

- Componente hereditario (demostrado en un 40% de los casos, asociándolo a alteraciones de la síntesis de colágeno)
- Tabaquismo
- Consumo excesivo de alcohol (enfermedad hepática alcohólica)
- Diabetes mellitus
- Enfermedad de Peyronie
- Dislipidemia
- Epilepsia

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza por la clínica en la mayor parte de los casos correspondiéndose con la aparición de nódulos asintomáticos a nivel palmar distal y digital con preferencia por el 4º y 5º dedos, cambios en la pigmentación, fibrosidades, presencia de cordones o bridas que retraen a flexión de forma progresiva los dedos (flexión de las articulaciones interfalángicas proximal y medial), debilidad muscular, atrofia de la musculatura interósea, así como de la eminencia tenar e hipotenar, etc.

Algunas pruebas diagnósticas de gran utilidad son: el test de Hueston, no siendo necesarios los estudios de imagen, pudiendo realizarse una ecografía en caso de dudas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos de distinguir la enfermedad de Dupuytren de otras patologías como, por ejemplo:

- Dedo en resorte
- Contracturas producidas por una fibrosis cicatricial tras una quemadura u otro tipo de herida.
- Contractura no Dupuytren, la cual es una contractura de las partes blandas profundas de la mano, de curso benigno y resolución espontánea.
- Artritis reumatoide
- Lipomas
- Callos.
- Ganglios palmares.

TRATAMIENTO

Tratamiento conservador: este consistirá en el uso de férulas, administración de antiinflamatorios no esteroideos, infiltraciones locales con corticoides, ingesta de suplementos con vitaminas del grupo B (B6, más concretamente), y rehabilitación mediante fisioterapia.

Por desgracia debido a su carácter irreversible, y a la incapacidad y dolor que generan en el paciente, su principal tratamiento es mediante abordaje quirúrgico, pudiendo llevarse a cabo gracias a diferentes técnicas quirúrgicas como la dermofasciectomy, la fasciectomy (regional o radical), o la fasciotomía percutánea entre otras. Actualmente se han realizado numerosos estudios para el tratamiento de la contractura de Dupuytren mediante la administración de un tratamiento enzimático con la colagenasa del Clostridium Histolyticum, el cual evita las recidivas que en un alto porcentaje se producen tras la cirugía.

TRATAMIENTO REHABILITADOR: FISIOTERAPIA

Nuestro objetivo principal tras una adecuada valoración será mejorar en lo posible la calidad de vida del paciente que sufre esta patología, tratando el dolor, así como ayudándolo a su recuperación tras la cirugía.

En la exploración, realizaremos una correcta anamnesis para detectar posibles factores de riesgo, así como la existencia de otras patologías medicas que puedan predisponer al enfermo.

El examen físico nos permite observar, la presencia de nódulos palmares y digitales, así como la retracción de los dedos a la posición de flexión en las 2 primeras falanges y extensión de la tercera, cambios en la coloración de la piel, etc.

Exploraremos la movilidad y la fuerza muscular de la mano, solicitando al paciente que realice movimientos de: apertura y cierre, así como de aproximación, separación y oposición de los dedos

El tratamiento de fisioterapia, lo podemos dividir en dos etapas:

La primera es la previa a la intervención quirúrgica, en esta cabe decir que la eficacia como tratamiento conservador no es significativa como elemento curativo, pero si nos ayudará a mejorar la sintomatología, en esta fase estarán indicados el uso de:

- Crioterapia (fase aguda)
- Termoterapia (fases subagudas y crónicas)
- Electroterapia: láser y ultrasonido (fases agudas y crónicas)
- Ejercicios de flexibilización (fases subaguda y crónica)

La segunda etapa se centra en la recuperación tras la cirugía

- La fisioterapia en el postoperatorio pretende *mantener y mejorar la extensión obtenida tras la intervención quirúrgica, recuperar los movimientos de flexión previamente perdidos*, así como de *potenciar la musculatura global de la mano*: esto lo conseguimos gracias a la **cinesiterapia**, y otras técnicas de **fisioterapia como la electroterapia, o la masoterapia**, que se describen a continuación.

Estas técnicas de rehabilitadoras pueden realizarse en las etapas en las que ya no hay dolor, y el estado de la herida quirúrgica, cicatriz e inflamación nos lo permiten. La cinesiterapia se puede realizar, tanto de manera pasiva como activa, la finalidad de estas movilizaciones no es más que la de flexibilizar las estructuras implicadas, fortaleciendo muñeca y mano, evitando rigideces.

Los ejercicios que realizaremos se basan en movimientos de flexión y extensión suaves, tanto de la mano como de todas las articulaciones de los dedos, y siempre según tolerancia, ejercicios como: el cierre en puño de toda la mano, flexión y extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales combinadas con extensión de las metacarpofalángicas (todas, no solamente de 4 y 5 dedos), flexo-extensión de las metacarpofalángicas con interfalángicas proximales y distales en extensión, abducción y aducción de todos los dedos, así como oposición (pinza digital) dedo a dedo

Posteriormente a la cinesiterapia, le añadiremos ejercicios funcionales y analítico (mesa de manos, uso de masillas especiales, theraband, etc.), para finalizar con ejercicios que trabajen la propiocepción.

- **Electroterapia**: en ella incluimos el uso de la termoterapia (infrarrojos, baños de parafina), con la cual obtenemos mejorías con respecto al dolor, disminuyendo la síntesis de colágeno, y aumentando la elastina, esto logra que las estructuras implicadas (músculos y tendones, se vuelvan más elásticos), por otro lado, el uso del ultrasonido o láser poseen influencias muy positivas.
- **Estado de la cicatriz**: esto lo podemos conseguir gracias a técnicas de masaje, en las que instruiremos al paciente para realizar en el domicilio, así como le podremos realizar recomendaciones sobre apósitos y pomadas que pueden mejorar el estado de esta, ya que una mala cicatrización nos conduce a *adherencias y retracciones*, que pueden retardar considerablemente los procesos de curación.
- **Disminuir el edema**: ayudaremos a prevenirlo mediante los ejercicios activos, el drenaje linfático, los vendajes compresivos, o algunas recomendaciones para el paciente, como la elevación del miembro. La no resolución de un edema nos puede tener en consecuencia la aparición de una fibrosis periarticular, así como de una contractura permanente.

Bibliografía

- Wagnera p, Román J.A, Vergara J. Dupuytren disease. Rev Med Chile 2012; 140: 1185-1190
- Ghazi M. Rayan, Dupuytren Disease: Anatomy, Pathology, Presentation, and Treatment. J Bone Joint Surg Am 2007; 89: 189-98
- Al-Qattan MM. Factors in the Pathogenesis of Dupuytren's Contracture. J Hand Surg 2006; 31A: 1527-34.
- Gudmundsson K, Arngrimsson R, Sigfusson N, et al. Prevalence of joint complaints amongst individuals with Dupuytren's disease: from the Reykjavik study. Scand J Rheumatol 1999; 28: 300-4.
- Desai SS, Hentz VR. Treatment of Dupuytren disease. J Hand Surg 2011; 36A: 936-42.
- R.A. Pérez-Giner. Resultado precoz del tratamiento de la enfermedad de Dupuytren mediante inyección de colagenasa. Rev Iberoam Cir Mano 2015; 43:13-9
- R. Muñoz Peñín, N. Lwoff, J.M. Arandes Renú. Enfermedad de Dupuytren, una vista panorámica de nuestro entorno. Rev Iberoam Cir Mano., 38 (2011), pp. 126-134
- Tratamiento rehabilitador de la enfermedad de Dupuytren
- M. Pérez Manzanero, M. Pavón De Paz, P. Roldán Laguarta. Rehabilitating treatment of dupuytren's contracture. Rehabilitación 2003; 37:272-7.